Rok XLVII. Kraków, dnia 12. września 1908. Nr 37.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich,
organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu oraz Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z pracowni Dr St. Serkowskiego w Warszawie.

Hemolityczne własności laseczników okrężnicy w związku z ich jadowitością.

Opracował

Dr Kazimierz Kaczyński

lekarz szpitala św. Rocha.

Próby odróżniania jadowitości [1]) gronkowców i paciorkowców na podstawie ich zdolności hemolitycznych, niestałe zachowanie tych zdolności u notorycznie chorobotwórczych i jadowitych bakteryi oraz różnice zdań co do stosunku między hemolizą i jadowitością tych ostatnich, skłoniły mię za inicyatywą Dr Serkowskiego do zapoznania się z hemolitycznemi własnościami szczepów prątka okrężnicy *(b. coli comm.)*, pochodzących z różnych przypadków zaburzeń trawienia, jakoto: ostrego nieżytu żołądka, jelit i t. p.

Mianowicie chciałem się przekonać, czy na podstawie hemolizy można sądzić o stopniu jadowitości prątka okrężnicy i czy wynik hemolizy można postawić w jakimkolwiek związku z przebiegiem klinicznym.

Hemolityczne własności prawidłowej surowicy krwi znane były już fizyologom w t. zw. »okresie transfuzyjnym«, a Landois i Ponfick pierwsi poddali naukowym badaniom to zjawisko, orzekając, że hemolityczna własność surowicy polega na pewnym, lecz mało jeszcze znanym wzajemnym stosunku jej części składowych (Mischungsverhältnisse).

Buchner poszedł dalej i twierdził, że komórko- i bakteryobójcze własności prawidłowej surowicy zależą od jednych i tych samych dopełniaczy (aleksyn), zawsze obecnych w surowicy, jako produktów wydzielniczych białych krwinek (leukocytów), wbrew przypuszczeniu Miecznikowa, który sądzi, że aleksyny zawsze znajdują się wewnątrz leukocytów i przechodzą do surowicy tylko wskutek ich rozpadu.

Schattenfroh przekonał się na całym szeregu doświadczeń, że nie można utożsamiać bakteryobójczych substancyi białych krwinek z komórko(cyto)-bójczemi resp. hemolitycznemi ciałami surowic.

[1]) Nazw »jadowitość« (Virulenz) i »zjadliwość« (Toxicität) używamy ściśle według »Słownika lekarskiego polskiego«.

W 1898 r. J. Bordet z pracowni Miecznikowa i prawie jednocześnie z nim Belfaisti i Carbone ogłosili swoje prace o możności otrzymania sztucznych hemolizyn. Rzecz polega na tem, że przy podskórnem wprowadzeniu do ustroju zwierząt cudzej krwi, surowica pierwszych nabiera własności rozpuszczania *in vitro* czerwonych ciałek krwi tego samego gatunku, jaki został wprowadzony do ustroju. Oczywistą jest rzeczą, że surowica taka, wprowadzona do ustroju odpowiednich zwierząt, będzie działać jako substancya wysoce trująca wskutek obecności wytworzonych w niej t. zw. hemotoksyn, raczej hemolizyn.

Pierwotnie zamierzałem przedstawić całokształt danych o hemolizie, w praktyce jednak okazało się to niemożliwe ze względu na ogrom piśmiennictwa, poświęconego tej sprawie. W celu więc wyjaśnienia zjawiska cytolizy wogóle i hemolizy w szczególe przytaczam pobieżnie tylko kilka hypotez, jako zasługujących na większą uwagę.

Według Bordeta prawidłowe surowice posiadają cyto- i bakteryolityczne własności tylko w słabym stopniu. Przez uodpornienie następuje wzmożenie tych własności, przyczem cytolityczne aleksyny nie zmieniają się jakościowo, lecz wzmagają ilościowo. Przez uodpornienie powstaje w surowicy swoiste ciało, sprzyjające działaniu dopełniaczy (aleksyn) — »substance sensibilisatrice«. Obecność takiego ciała uczulającego można spostrzegać nietylko po wprowadzeniu podskórnem do ustroju chorobotwórczych mikrobów, ale i po wprowadzeniu wszelkiego rodzaju obcych ustrojowi komórkowych elementów lub od nich pochodnych. W przypadkach swoistych hemolizyn utrwalacze (fiksatory) chwytane są przez ciałka krwi, które pod wpływem pierwszych stają się bardzo wrażliwe na działanie zaczynów komórkobójczych (cytaz), polegające na takiej zmianie osnowy *(stroma)*, że hemoglobina łatwo podlega wyługowaniu. Ciała uczulające są w wysokim stopniu swoiste i ilość ich w surowicy nie może być ściśle określoną lub ograniczoną; tymczasem dopełniacz (aleksyn) w każdej surowicy jest tylko jeden. W zależności od jakości ciała uczulającego aleksyna może wywołać komórko- lub bakteryobójczy skutek. Pod tym względem z twierdzeniem Bordeta zgadzają się Buchner i Gruber, opierając się na fagocytowej teoryi Miecznikowa.

Według tej teoryi obrona ustroju przeciw zakażeniu i wogóle zdolność wytwarzania wszelkiego rodzaju ciał swoistych polega na zdolności żywej materyi do działania trawiennego. Trawienie to odbywa się zapomocą fermentów,

zawartych w samej komórce lub też znajdujących się na zewnątrz jej. Zdolność chwytania i trawienia wszelkiego rodzaju obcych składników, dostających się do ustroju, jest właściwa przeważnie, choć nie wyłącznie komórkom żernym (fagocytom); przyczem w chwytaniu główną rolę odgrywają komórki żerne małe (mikrofagi), a w trawieniu — komórki żerne duże (makrofagi) dzięki obecności w nich specyalnych fermentów — makro- i mikrocytozy. Oprócz fermentów fagocyty mogą wytwarzać też utrwalacze (fiksatory), które potęgują działanie zaczynów komórkobójczych (cytaz).

W Niemczech większą popularnością cieszy się teorya Ehrlicha, który wszystkie zjawiska cytolizy objaśnia z punktu widzenia teoryi łańcuchów bocznych (Seitenkettentheorie). Rzecz polega na tem, że toksyny mają posiadać chemiczne powinowactwo do bocznych łańcuchów komórek ustroju. Tylko przez połączenie z tymi bocznymi łańcuchami czyli chwytnikami (receptorami) może toksyna wywrzeć swój wpływ, polegający na zupełnem zniszczeniu komórki lub na częściowem zniekształceniu i upośledzeniu jej czynności.

Powstawanie w ustroju hemolizyn, antytoksyn i t. p. ciał według Ehrlicha polega na przedostawaniu się do surowicy krwi i nagromadzaniu w niej różnych komórkowych chwytników — »Haptisie«, jak je nazywa autor. Wręcz przeciwnych poglądów na sprawę cytolizy wogóle trzyma się Baumgarten i jego szkoła (Jetter, Walz). Ci autorzy n. p. są w sprawie hemolizy tego zdania, że wyługowanie hemoglobiny jest zjawiskiem czysto fizycznem, wywołanem przez różnicę w osmotycznem ciśnieniu pomiędzy czerwonemi ciałkami krwi i otoczeniem, a przez istnienie aleksyn, cytaz i t. p., jako takich. Z doświadczeń, w ostatniej dobie nad zjawiskiem hemolizy podjętych, wymienić należy między innemi prace H. Sachsa i J. Bauera i R. Heckera.

Próbowano zastosować hemolizę do celów dyagnostyki chorób zakaźnych (Neisser i Doering, Kreilich, Halpern i inni). Stwierdzono bowiem, że własności hemolityczne surowicy ludzkiej zmieniają się przy różnych stanach zapalnych; sprawa ta jednak nie została bliżej zbadaną. Głównie zaś hemolizyny znalazły praktyczne zastosowanie w medycynie sądowej, dalej, przy odróżnianiu gatunków mleka i w ostatnich czasach przy różniczkowaniu białkanów (W. Rickmann, J. Bauer, H. Sachs i J. Bauer).

U nas zajmowali się naukowo zjawiskiem hemolizy: K. Rzętkowski, H. Landau, M. Halpern, F. Majewski (w pracowni Instyt. med. doświad. w Petersburgu), K. Szokalski (w pracowni patolog. ogólnej Uniwersytetu odeskiego pod kierunkiem Doc. Tarasiewicza).

Przedstawiwszy pobieżnie główne dane o swoistych hemolizynach surowicy, przechodzę do t. zw. nieswoistych hemolizyn, pozostających w blizkim związku z pierwszemi.

Do nieswoistych hemolizyn należą: różne ciała chemiczne, zasady i kwasy (kwas garbnikowy); jady roślinne, jak rycyna, abryna (Ehrlich); jad żmij (Flexner), skorpionów; bakteryjne jady: tetanolizyna (Ehrlich i Madsen), hemolizyna prątka ropy błękitnej (Bulloch), przecinkowca cholery i prątka duru brzusznego (Levy i Krauss); stafilotoksyna (Neisser, Wechsberg); streptokolizyna (Besredka) i t. d.

Zatrzymam się dłużej przy hemolizynach bakteryjnego pochodzenia.

Zasługa odkrycia hemotoksyn resp. hemolizyn bakteryjnego pochodzenia należy się Ehrlichowi, który wraz z Madsenem znalazł w bulionowej hodowli tężca jad dla czerwonych ciałek krwi, wytwarzający przy podskórnem wprowadzeniu do ustroju zwierząt przeciwjad. Praktyczne zastosowanie znalazło odkrycie Ehrlicha, kiedy Kraus i Clairmont spostrzegli, że i wiele innych drobnoustrojów (gronkowce, krętki cholery, odmienice i t. d.) w bulionowych hodowlach posiada toksyczne własności względem czerwonych krwinek. Prace Neissera i Wechsberga potwierdziły, że w powyższych bulionowych hodowlach znajdują się rzeczywiste hemotoksyny.

Jeszcze przed odkryciem Ehrlicha zauważył Koch, że krętki cholery, szczepione na żelatynie, zawierającej czerwone ciałka krwi, rozpuszczają krwinki. Eijkmann używał do takichże badań pożywek agarowych z domieszką krwi [2]). Kraus i Schotmüller posiłkowali się tem odkryciem do celów dyagnostyki różniczkowej. Największe jednak zastosowanie znalazły hemolizyny przy badaniu paciorkowców i gronkowców, a mianowicie, próbowano odróżniać jadowitość tych bakteryi na mocy ich hemolitycznych własności.

H. Kayser zajmował się szczegółowem badaniem hemolitycznych własności szczepów prątka okrężnicy, wyosobnionych z różnych środowisk.

W dostępnem mi piśmiennictwie nie znalazłem jednak nigdzie wzmianki, aby zastanawiano się nad sprawą związku między natężeniem bakteryjnej hemolizy i przebiegiem klinicznym przypadków, z których wyosobniano ten lub inny gatunek bakteryi do celów hemolizy, pomijając wzmianki, często wręcz sprzeczne, o związku, jaki zachodzi między jadowitością i stopniem hemolizy co do paciorkowców, gronkowców, dwoinek zapalenia płuc, krętków cholery, tężca i t. d. Rozstrzygnięcie tego pytania co do prątka okrężnicy postawiłem sobie za zadanie niniejszej pracy.

Nim przystąpiłem do rozejrzenia się w szerszym materyale klinicznym, zatrzymałem się na kilkakrotnych próbach hemolitycznych zdolności 4 bulionowych hodowli prątka okrężnicy różnego pochodzenia, a mianowicie:

A. — *b. coli comm.* z hodowli pracownianej Dra Serkowskiego,
B. — » » » z kału chorego ambulatoryjnego *(enteritis acuta)*,
C. — » » » chorego ze szpitala św. Rocha *(dysenteria)*,
D. — » » » chorego ambulatoryjnego *(enteritis acuta)*.

Tym razem w doświadczeniach nad hemolizą posiłkowałem się metodyką według Krausa, nieco przezemnie zmodyfikowaną, a mianowicie: do różnych ilości 5% rozczynu erytrocytów królika w 0,75% NaCl dodawałem jedną i tę samą ilość bulionowej hodowli prątka okrężnicy (co dla krótkości będę nazywał ilością lizyny). Krew brałem z żyły ucha królika, niezwłocznie odwłókniałem i następnie kilkakrotnie przemywałem fizyologicznym rozczynem NaCl.

---

[2]) Płytki te jednak, jak przekonałem się, nie mogą mieć praktycznego zastosowania do celów hemolizy.

Bulionowych hodowli używałem 4-dniowych, albowiem takie według E. Pribrama i K. Russa posiadają największą siłę hemolityczną. Po napełnieniu szeregu probówek rozczynem erytrocytów i lizyną i uprzedniem skłóceniu zawartości ich, stawiałem naczyńka do termostatu przy 37° C na 2 godziny, a następnie przenosiłem do komory chłodnej przy 10—12° C na 20 godzin. Wyniki otrzymałem następujące (tabl. I.):

Tablica I.

Ilość 5% rozczynu erytroc. w 0·75% NaCl	Ilość lizyny	Stopień hemolizy			
		Coli A.	Coli B.	Coli C.	Coli D.
3 cc.	lcc.	0	wyraźne ślady	0	0
5 „	„	0	prawie zupełna	0	0
7 „	„	0	„	minimal. ślady	0
10 „	„	0	zupełna	„	minimal. ślady
15 „	„	0	„	wyraźne ślady	„
20 „	„	0	„	„	„

Kontrola, składająca się z szeregu probówek, napełnionych odpowiedniemi ilościami rozczynu czerwonych krwinek i słabozasadowego bulionu mięsnego zamiast lizyny, pozostała bez zabarwienia.

Jak widzimy z powyższej tablicy, stopień hemolizy stoi jakby w odwrotnym stosunku do ilości użytej lizyny wbrew pierwotnemu oczekiwaniu, t. j. czem mniej stosunkowo użyłem lizyny, tem wyraźniejszą otrzymałem hemolizę i odwrotnie (Coli B, C i D, tabl. I).

Zjawisko to w pierwszej chwili naprowadziło mnie na przypuszczenie, czy na stopień hemolizy nie wywiera wpływu odczyn badanych hodowli bulionowych. Do sprawy tej wrócę jeszcze w dalszym ciągu mojej pracy, a teraz, odstępując na krótko od głównej treści, przechodzę do istoty t. zw. hemotoksyn resp. hemolizyn; zapoznanie się z niemi na tem mianowicie miejscu uważam za rzecz bardzo ważną dla oryentowania się w wynikach hemolizy.

Według Pribrama i Russa należy odróżniać 2 grupy drobnoustrojów w zależności od tego, czy wytwarzają rzeczywiste hemotoksyny lub też hemolizyny. Do 1. grupy, wytwarzającej rzeczywiste hemotoksyny, należą te drobnoustroje, których przesącze tracą swoją własność rozpuszczania ciałek krwi przy ogrzewaniu w ciągu $^1/_2$ godziny do 65° C, a przy podskórnem wprowadzeniu do ustroju wytwarzają swoiste antytoksyny. Grupa ta obejmuje: gronkowce, krętki (Finkler, Prior, Danubicus, Elvers, Deneke, Massanah i t. d.), tężec, *B. megatherinus*, odmieniec *(proteus)*, *B. cholerae gallinarum* (Calamida).

Drobnoustroje, należące do 2. grupy, różnią się tem, że hemolizyny obecne w ich przesączach są ciepłostałe, choć nie należy przesądzać, że nie mamy i tutaj rzeczywistych hemotoksyn. Grupę tę stanowią prątki: ropy błękitnej, duru brzusznego, okrężnicy, dysenteryi.

Ten podział hemolizujących przesączy różnych bakteryi na ciepłochwiejne i ciepłostałe nie może być jednak ścisły. Niektóre bowiem gatunki bakteryi, jak n. p. *B. megatherinus* wytwarzają hemotoksyny, niknące pod wpływem półgodzinnego działania ciepłoty 56° C, to znów powracające do pierwotnej zjadliwości przy ogrzewaniu w dalszym ciągu przez 10 minut do 100° C (Dreyer i Jex Blake).

Stalszem jest zachowanie się tych ciał względem różnych czynników pochodzenia chemicznego. Sole, rozczyny zasadowe i kwaśne mogą w mniejszym lub większym stopniu w zależności od zgęszczenia obniżać działanie przesączy na czerwone krwinki (Nolf, Pohl, Markl, Arrhenius i Madsen i inni).

Ponieważ jeden i ten sam rodzaj bakteryi nie zawsze hemolizuje w jednakowym stopniu (co potwierdziło i moje doświadczenie; p. tabl. I), powstaje więc pytanie, jakie czynniki wpływają na ten lub inny stopień hemolizy. Zjawisko to starano się objaśnić jadowitością danych bakteryi. Tymczasem stwierdzono, że nie do wszystkich drobnoustrojów da się zastosować to przypuszczenie, jak n. p. do gronkowców (M. Neisser i A. Lipstein)[3]). (C. d. n.)

Z okulistyki sądowej.

Podał

Doc. Dr Adam Szulisławski.

(Ciąg dalszy).

Mamy więc wydać orzeczenie na podstawie aktów Przeczytajmy tedy uważnie jeszcze raz akt, najważniejszy dla lekarza, t. j. orzeczenie lekarskie i zastanówmy się przedewszystkiem, czy na podstawie jego będziemy mogli wytworzyć sobie tak jasne pojęcie o uszkodzeniu P., abyśmy mogli z czystem sumieniem uczynić zadość żądaniu Prokuratoryi Państwa.

Pomijając na razie wstęp protokołu lekarskiego, t. j. wywiady, o których chociaż brzmią tak wiarogodnie, dowiemy się niżej z zeznań samego P. i innych świadków, że w najważniejszych szczegółach są nieprawdziwe, czytamy pod l. 1) wywodu, że powieka górna była bardzo silnie obrzękła, na powierzchni zaś swej »sinawo-czerwono zabarwiona« i nie możemy z tego opisu w żaden sposób zrozumieć, czy było to podbiegnięcie krwawe, czy też następstwo zapalenia, oraz skutek zastoju i przekrwienia biernego. A dobrzeby było o tem wiedzieć. Bo jeśli to było podbiegnięcie krwawe, wówczas można z wszelkiem prawdopodobieństwem przypuścić przedewszystkiem, że zmiany na powiekach są bezpośredniem następstwem urazu, a powtóre do pewnego stopnia nabrać wyobrażenia o sile i kierunku urazu. Bo jeśli szóstego jeszcze dnia po uszkodzeniu zmiany były tak znaczne, przyjąćby należało, że uraz był bardzo mocny, a skoro największe ich nasilenie było na górnej powiece, wnosićby znowu można z pewną słusznością, że uraz trafił bezpośrednio powiekę, i z góry, oraz że przez powiekę z wielką siłą mógł zadziałać na samą gałkę oczną. Dalszym wnioskiem byłoby, że uraz mógł być zadany pięścią i sprawić pęknięcie rogówki i inne następstwa, wymieniane pod l. 4. wywodu. Jeżeli zaś wybroczyny nie było, a obrzmienie to i zabarwienie było następstwem zapalenia, obrzęku i połączonego z nim zastoju (zmiany pod l. 3. i 4. wywodu opisane były wystarczającym do tego powodem, a czasu do wytworzenia się takiego zapalenia było aż nadto), to przedewszystkiem stwierdzić należy, że zmiany te na

[3]) Mowa tu o chorobotwórczych gronkowcach, gdyż tylko te według Neissera i Wechsberga posiadają zdolności hemolityczne.

powiekach nie mogły powstać bezpośrednio po urazie dnia 14. X. rano, lecz znacznie później, a powtóre pamiętać, że taki sam obraz mógłby powstać skutkiem zapalenia bez jakiegokolwiek urazu, albo też po urazie, który nie dotknął wcale powiek, tylko samą gałkę oczną i na niej wywołał zapalenie, czyli, że zmiany takie na powiekach nie dają najmniejszej podstawy nietylko do sądu o sile i kierunku urazu, lecz nawet nie stanowią żadnej wskazówki, czy uraz wogóle na powieki zadziałał. Nie koniec na tem. Czytamy dalej pod l. 1. »a nadto daje się stwierdzić w zewnętrznym kącie guz i t. d.«. I znowu mimo podanych cech »wielkości orzecha laskowego, przesuwalny, skóra nad nim okazuje prawidłowe zabarwienie«, — możnaby co najwyżej domyślać się, co to za guz, ale pewności nie można mieć żadnej. Tembardziej, że łącznik »a nadto«, którego tu użyto, zdawałby się wskazywać na to, że łączy dwie rzeczy wprawdzie nie współrzędne, ale w każdym razie pokrewne, t. j. że zmiany na powiekach i guz są jednego pochodzenia, są skutkiem tej samej przyczyny, »a nadto«, że guz jest nawet z tych zmian ważniejszą. Takby się zdawało, ale mogło być także wprost przeciwnie. Domysły na nic się nie zdadzą. Do orzeczenia potrzebna pewność, a że jej mieć nie możemy, więc idźmy dalej.

Pod l. 4. wywodu mamy opisane zmiany na rogówce, t. j. jej pęknięcie (n. b. kształt, kierunek i wielkość niezgodny z rzeczywistością, jak to wynika z porównania szpitalnej historyi choroby i naszego wywodu), a dalej wypadnięcie zwisającej z rany ku dołowi tęczówki i część przeźroczystej soczewki. Potem następuje zdanie na pierwszy rzut oka zupełnie niezrozumiałe: »Na górno-zewnętrznym odcinku rogówki widać zaćmę barwy szarawo-białej, wielkości małego grochu i t. d.«. Co to znaczy? Zaćma, czyli zaćmiona soczewka *(Cataracta)* jest wprawdzie barwy szarawo-białej, ale skąd ona się tu wzięła? Przecież część soczewki jeszcze przeźroczysta zwisa z tęczówką w dolnym kwadrancie rogówki. Może to druga część soczewki, ale zaćmiona? A w dodatku to określenie »zaćma wielkości małego grochu«, które bezwiednie wywołuje wrażenie czegoś bryłowatego, tembardziej że widać ją »na rogówce«. Może to istotnie zaćma? Jakże się ona tam trzyma? Nie mogliśmy zrozumieć. Dopiero przy pomocy l. VI. orzeczenia, gdzie jest mowa »o bardzo znacznej zaćmie rogówki«, zrozumieliśmy, że to nie zaćma, ale poprostu blizna rogówki. Dobrze, ale tak robić nie wolno. Przecież to są rzeczy zasadnicze. Kto chce zabierać głos w sprawach lekarskich, powinien władać językiem lekarskim. Toć słownictwo nasze piękne i dobre i w znacznej, istotnej mierze już zupełnie ustalone. Znać je potrzeba i powinno się, a poznać je też, nawiasem mówiąc, obecnie już łatwo, odkąd istnieje »Słownik lekarski polski«, wydany wielkim nakładem pracy, trudu i kosztów przez Towarzystwo lekarskie krakowskie. Każdy lekarz mieć go powinien.

Wreszcie pod l. 6. wywodu stoi wyraźnie: »Bystrość wzroku na oku lewem zupełnie zniesiona, a także i poczucie światła bardzo znacznie upośledzone«. Jak można napisać coś podobnego? Przecież jedno drugie wyłącza. Bo jeśli »bystrość wzroku« na oku lewem jest »zupełnie zniesiona«, to znaczy, że to oko jest zupełnie ślepe, a więc nie może mieć żadnego poczucia światła, ani dobrego, ani upośledzonego, — albo jeśli ma jakiekolwiek poczucie światła, to wówczas »bystrość wzroku« już nie jest zupełnie zniesiona. A potem, cóż to znaczy: »poczucie światła bardzo znacznie upośledzone«? Przecież każdy odrazu musi się zapytać, o ile upośledzone i pod jakim względem, gdyż inaczej nie będzie mógł ocenić tego upośledzenia, ani pod względem jakościowym, ani ilościowym, — a tem samem wyzyskać dla rozpoznania i oceny danego przypadku. A poczucie światła da się określić z matematyczną niemal ścisłością. Rozmaici znawcy tak rozmaicie to czynią, że może nie będzie od rzeczy przedstawić tu krótko, jak to robić należy.

W tych przypadkach, w których chory nie widzi nawet ruchu palców przed okiem, oznaczamy w ciemnicy i przy dobrze przykrytem drugiem oku odległość, na jaką badany odróżnia światło stoczka. Przypuśćmy, że odróżnia je na 6 m. Wówczas powiadamy: zdolność widzenia (W.) prawem okiem (pr.) lub lewem okiem (l.) równa się (=) ilościowe światło ($\frac{1}{\infty}$) na 6 m. i zapisujemy W. pr., lub W., l. = $\frac{1}{\infty}$ na 6 m. (t. j. dobre poczucie światła), albo W. pr., lub W. l. = $\frac{1}{\infty}$ na 2 m., na 3 m. (t. j. upośledzone poczucie światła). Następnie w odległości mniej więcej 1 m. od oka określamy szerokość pola widzenia i projekcyę, t. j. oznaczamy, w jak wielkim promieniu od oka, we wszystkich kierunkach rozróżnia badany światło, i czy odnosi (lokalizuje) je właściwie. Zapisujemy: pole widzenia i projekcya (lokalizacya) prawidłowe, — lub n. p. ścieśnienie lub zniesienie pola widzenia od góry, — albo projekcya od góry, czy zewnątrz wadliwa, niepewna, zła i t. p. Przy badaniu trzeba atoli zachować tę ostrożność, aby przenosząc stoczek z miejsca na miejsce, osłonić światło dłonią i baczyć, by oko badanego nie zwracało się ku światłu, lecz nieruchomo patrzało przed siebie.

Gdyby znawcy zbadali byli nawet w ten sposób zdolność widzenia okiem uszkodzonem, i to zapisali, to i tak nie byłoby z tego dla orzeczenia żadnego pożytku, skoro nie zbadali, a przynajmniej nie podali wyniku badania drugiego oka. Ocenić bowiem wpływ ubytku zdolności widzenia jednem okiem na wzrok, t. j. sumę tego, co się widzi jednem i drugiem okiem, można tylko wówczas, gdy się ma wynik badania zdolności widzenia obydwu oczu i to naturalnie każdem okiem zosobna. Przy tej sposobności jeszcze jedna praktyczna uwaga. Trzeba koniecznie przyzwyczaić się używać tego wyrazu »wzrok« tylko w tem powyższem, powiedzmy ustawowem znaczeniu, t. j. tak, jak go rozumie §. 156 a) u. k., mówiąc zaś o badaniu jednego oka, używać stale wyrażenia: »zdolność widzenia« prawego lub lewego oka, (a nie wzrok prawego lub lewego oka). W ten tylko bowiem sposób będziemy mogli zarówno sami przywyknąć, jakoteż sędziego przyzwyczaić do ścisłego rozdzielania tych dwu, tak zupełnie różnych pojęć, t. j. »upośledzenie widzenia jednem okiem« i »osłabienie wzroku«, które to pojęcia niestety tak często w praktyce miesza się ze sobą, a z których tylko drugie należy do §. 156 a) u. k. — Co się tyczy pytania, czy wogóle, kiedy i pod jakimi warunkami mogłoby upośledzenie widzenia jednem okiem sprowadzić trwałe osłabienie wzroku w rozumieniu §. 156 a) u. k., musimy odesłać do naszej pracy (l. c.), gdzieśmy, jak sądzimy, tę sprawę stanowczo rozstrzygnęli.

Przypatrzmyż się teraz »orzeczeniu«.

Pod l. I. dają znawcy rozpoznanie głównego uszkodzenia gałki, a pomijają zmiany na powiekach, opisane pod l. 1. i 2. wywodu, tak że i nadal musimy pozostać w wątpliwości, co do ich pochodzenia i przyrody, a względnie co do zapatrywania znawców na nie. Natomiast z kategoryczną pewnością twierdzą znawcy pod l. II., że »obrażenia te połączone są z trwałem upośledzeniem wzroku, stanowiąc ciężkie uszkodzenie ciała«. Druga część tego zdania, zaczynająca się nieszczęśliwie od imiesłowu »stanowiąc«, jest prawdziwa. Tak, to jest ciężkie uszkodzenie ciała, a nawet samo przez się ciężkie, t. j. bez względu na czas trwania choroby i niezdolności do pracy. Natomiast z tego, cośmy wyżej powiedzieli, wynika jasno i bez najmniejszej wątpliwości, a co możemy stwierdzić, nie wchodząc nawet w *meritum* sprawy, że znawcy, na podstawie swojego wywodu oględzin, nie zbadawszy drugiego (prawego) oka co do jego zdolności widzenia, nie mieli żadnej podstawy do oceny wzroku poszkodowanego — a więc, że stwierdzając »trwałe upośledzenie wzroku« w tym przypadku, wydali orzeczenie, co do tego najważniejszego szczegółu zupełnie bezpodstawnie.

Dalej pod l. III. orzeczenia wypowiedzieli znawcy nieoględnie i niepotrzebnie przypuszczenie, że uszkodzenie zadane zostało »prawdopodobnie przez osobę drugą«. Bo naprzód rozstrzygnięcie tego należy do sędziego raczej, niż do lekarza, a powtóre powiedziane to było również bezpodstawnie, gdyż ani w wywodzie oględzin nie przytaczają znawcy żadnego szczegółu, ani też w istocie tych uszkodzeń, ich wejrzeniu, przebiegu i t. d. nie ma żadnej, choćby najdrobniejszej wskazówki, którąby usprawiedliwiała podobne przypuszczenie. Natomiast to, nad czem trzeba się było gruntownie zastanowić, to jest nad narzędziem, którem takie uszkodzenie mogło być zadane (a to właśnie jest sprawa lekarska), załatwili znawcy bardzo krótko sakramentalnemi słowami i tonem, nie dopuszczającym żadnej wątpliwości: »powstały skutkiem urazu, zadanego narzędziem twardem, tępem«. Skądże ta pewność, że »twardem, tępem«? I nie powiadają nawet »mogły powstać«, ale stwierdzają kategorycznie, że »powstały«. Czy może w istocie tych zmian, w kształcie lub kierunku rany jest coś takiego, coby pozwoliło stwierdzić, że sprawiło je narzędzie twarde, tępe? Czyż taka sama rana nie mogłaby powstać pod działaniem narzędzia ostrego, lub kanciastego? A nawet czyż nie łatwiej wywołać właśnie taką ranę na rogówce narzędziem ostrem, niż tępem? Pytania te same się cisną. Dlaczego nie zadali ich sobie znawcy? Z wielką słusznością możnaby powiedzieć: oto są skutki bezkrytycznego traktowania wywiadów. Znawcy widocznie uwierzyli bez zastrzeżeń opowiadaniu P., że natychmiast po uderzeniu 14. X. rano puściła mu się krew z oka i że od tej chwili zaniewidział, a uznawszy to za prawdę, musieli dalszy przebieg, skutki i swoje rozumowanie pogodzić z tym rzekomym faktem i do niego przystosować.

Końcowe zdanie IV. ustępu orzeczenia byłoby nowym dowodem, gdyby jeszcze takiego było potrzeba, że milczenie jest złotem. Współczulne zapalenie drugiego oka występuje zwykle, niestety zbyt często, jeśli na zranionem oku wytworzy się ostre lub przewlekłe zapalenie urazowe tęczówki i ciałka rzęskowego, tembardziej jeśli ono się skończyło zanikiem gałki ocznej (Atrophia bulbi). Natomiast po »ropnem zapaleniu całego oka« z koniecznem tegoż następstwem, t. j. suchotami gałki ocznej *(phthisis bulbi)*, jeżeli wogóle mogłoby się przygodzić współczulne zapalenie, to tylko chyba nader wyjątkowo, a w każdym razie do największych należałoby rzadkości.

Wreszcie co się tyczy twierdzenia znawców, wypowiedzianego w końcu ustępu VI., że zbliznowaciała rogówka »jako mniej sprężysta łatwiej ulegnie pęknięciu z urazu«, to musimy wyznać otwarcie, że nie mamy pod tym względem doświadczenia, i nie śmielibyśmy głosować na razie ani za, ani przeciw. Dotychczas to jest pewne, że świeże blizny, n. p. pooperacyjne, są mało odporne, i łatwo w danym razie pękają. Ale to chyba zupełnie naturalne. To także prawda, że szerokie blizny, powstałe po rozległych wrzodach rogówki, zwłaszcza w czasie tworzenia się, są nader podatne i łatwo mogą ulegać wydęciu pod wpływem tylko ucisku śródocznego. Że taka wydęta i z reguły ścieńczała blizna łatwiej podda się urazowi, niż prawidłowa rogówka, również nie ulega żadnej wątpliwości. Czy jednakowoż stare i płaskie blizny rogówki są mniej na uraz odporne od prawidłowej rogówki, to jeszcze pytanie i to niełatwe do rozwiązania, a które tylko zapomocą odpowiednich doświadczeń może dałoby się rozstrzygnąć. Jako dowód, jak niebezpiecznie w takich razach spuszczać się tylko na swoją domyślność, przytaczam tu nawiasowo fakt na pozór dziwny, a jednak niewątpliwie wynikający z doświadczeń Müllera[5]), zgodnych zresztą z doświadczeniami dawniejszych autorów (Artl, Berlin, Briolat), że pęknięcia rogówki po zadziałaniu urazów tępych przydarzają się przeważnie u ludzi młodych, pęknięcia zaś twardówki przeważnie u ludzi starszych.

Z rozbioru powyższego orzeczenia lekarskiego jasnem jest, że musieliśmy w tym przypadku wydać następujące oświadczenie:

Na podstawie aktów nie możemy wydać stanowczego orzeczenia, jakiego żąda Prokuratorya Państwa. Stwierdzamy, że koniecznem jest przedstawienie nam P. do ponownych oględzin. Ze względu, że P. leczył się w szpitalu lwowskim, wnosimy o zażądanie i włączenie do aktów szpitalnej historyi choroby.

Dnia 18. stycznia 1902 przedstawiano nam P. do zbadania.

Odpis szpitalnej historyi choroby:

P. l. 25., sługa dworski, zamieszkały w N. przebywał na na oddziale ocznym szpitala powszechnego we Lwowie od 21. do 26. października 1901.

Rozpoznanie: *Trauma bulbi, ruptura corneae, prolapsus iridis oculi sin.*

Wywiady: Podaje, że 14. października b. r. uderzył go O. ręką w lewe oko, poczem natychmiast puściła mu się krew z tego oka; od tego czasu nie widzi. Przedtem już na to oko widział gorzej. Jako dziecko cierpiał na oczy, chodził po babach wiejskich i na lewem oku pozostała »skałka«. Później go oko nie bolało.

Stan z d. 22. X. 1901. Pr. o. Oprawa prawidłowa. Spojówki blade, na środku rogówki plamka cienka, rozprzestrzeniająca się ku dołowi wewnątrz.

L. o. W górnej powiece od zewnątrz kaszak. Powieka lekko zaczerwieniona i lekko obrzmiała. Spojówka gałki nastrzykana. Rogówka wykazuje w górnej części okrągłe, białe zaciemnienie (blizna stara). Reszta rogówki szaro zaciemniona.

---

[5]) Müller. Ueber Ruptur der Corneo-Skleralkapsel durch stumpfe Verletzung. Wien (Deuticke) 1895.

W środku rogówki rana przenikająca, w kształcie podkowy. Z ranki wystaje tęczówka, która fartuszkowato zwisa i przykrywa dolną część rogówki.

Na podstawie aktów i opowiadania P. można sobie wytworzyć następujący przebieg całego zajścia:

Dzień 14. października 1901 wstał jasny, słoneczny. O. wyszedłszy rano obejrzeć gospodarstwo, zawadził o stajnię, i ze zdziwieniem zobaczył, że parobcy, mimo nakazu, nie wyruszyli w pole. Na pytanie dlaczego, odpowiedziano mu, że to dziś »popraznyk« (dzień po prażniku), a więc świętowanie, do roboty nie pójdą. Nie chcąc marnować pięknego dnia, a skłonić parobków, by się jednak wzięli do pilnej orki pod oziminę, zaczął im przedkładać, jaką szkodę tem wyrządzają, a wreszcie obiecał dodać każdemu po 40 gr. Na to kilku parobków jęło się natychmiast gotować do wyjazdu, P. zaś wcale się nie ruszył, lecz przeciwnie hardo się postawił i zawołał: »a ja i tak nie pójdę«. »Nie pójdziesz?!« krzyknął O., przyskoczył do P. i w twarz go uderzył. To poskutkowało. Argument był widocznie dość przekonywający, bo P. już bez słowa skargi lub protestu wziął się do zaprzęgu. Inni parobcy, świadkowie tej sceny zeznali, że nie widzieli uderzenia, lecz słyszeli klaśnięcie, jak gdy kto dłonią w dłoń uderzy. Wszyscy zgodnie zeznali, że P. po uderzeniu nie krzyknął, »pary z ust nie puścił«, zaprzągł i pojechał w pole, gdzie orał przez cały dzień z innymi parobkami i wcale na oko się nie skarżył, ani też inni parobcy nie zauważyli, aby oko miał zmienione, lub by mu coś z oka ciekło.

Według zeznań karczmarki, opowiadała jej matka P., że gdy po powrocie syna z roboty wieczór 14. X. zapytała P. »dlaczego mu oko łzawi«, miał odpowiedzieć, »że koń go pyskiem w oko uderzył«. Później dopiero, gdy zaczęło go oko więcej boleć (na drugi, czy trzeci dzień), przyznał się, że O. go w twarz uderzył. Natomiast matka P., badana co do tego szczegółu zeznała, że dnia krytycznego na jej pytanie, odpowiedział P.: »to nic, to tak łza idzie«. Na drugi zaś dzień dopiero, na powtórne zapytanie, »czy go koń uderzył«, odpowiedział: »nie koń, ale O«. — »Tak opowiadałam (mówi matka P.) karczmarce, która mnie widocznie źle zrozumiała«.

Sam P., zapytywany w sądzie, dlaczego inaczej przed matką opowiadał, a inaczej zeznal w sądzie, tłómaczył się, że wstydził się przyznać, iż go O. w twarz uderzył, i dlatego powiedział zrazu matce, »że go koń ogonem w to oko uderzył«.

Bądź jak bądź faktem jest, że P. przez cały dzień 14. października, od rana do nocy w polu orał, na drugi zaś dzień, t. j. 15. października, jakby nigdy nic, również wyszedł do roboty i woził gnój do samego południa, t. j. do chwili, kiedy poczuł nagle gwałtowny i nader dotkliwy ból w lewem oku, tak, że nie mógł dalej robić i położył się na gnoju. Potem dostał się do domu, a dopiero dnia 19. października odbyły się oględziny lekarskie, których protokół wyżej przytoczyliśmy.

(Dok. nast.)

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna teoretyczna.

Petrow. **Doświadczalne szczepienie zarodków; przyczynek do nauki o nowotworach.** *(Ziegl. Beitr. zur pathol. Anatom. u. allg. Patholog.* T. 43, Z. I.). W ciekawej swej pracy, wykonanej w klinice chirurgicznej Prof. Subottina w Petersburgu, donosi P. o wynikach szczepienia zarodków. Zawiesina zarodków kurzych nie przyjmowała się u innych zwierząt, natomiast przy wstrzykiwaniach zawiesiny zarodków (tego samego zwierzęcia) w jądra, nerki, śledzionę i jajniki powstawały guzowate zgrubienia, wykazujące dokładnie układ 3 listków zarodkowych. Zgrubienia te rozwijały się dalej do 4 miesięcy, poczem częściowo ulegały wessaniu tych sztucznych guzów. Dalsze przeszczepiania tych sztucznych guzów nie udawały się. *K.*

E. Bircher. **W sprawie patogenezy zwyrodnienia matołkowatego.** (*Beihefte z. mediz. Klinik*, Zeszyt 6). B., asystent kliniki chirurgicznej w Bazylei, rozpatruje w swej pracy patogenezę zwyrodnienia matołkowatego, które jest plagą i klęską Szwajcaryi. Dość powiedzieć, że n. p. podczas spaceru, trwającego 15 minut, spotkał B. w okolicy Aarau 25 matołków zupełnie przypadkowo, nie szukając ich. Prawie $^1/_6$ część popisowych traci przez to armia szwajcarska... Jedynie w Styryi spotkać można matołków tyluż, a może i więcej, niż w Szwajcaryi. Przez zwyrodnienie matołkowate rozumie B. nagminnie występujące zboczenia, jak nagminne wole, głuchoniemotę i matołectwo. Kocher uważa nagminne matołectwo za *athyreosis* lub *hypethyreosis*. Tak jednak nie jest, bo nieraz u matołków spotyka się także zupełnie zdrową tkankę gruczołową. Podobnie przeciwko tarczycowej teoryi przemawiają doświadczenia Scholza nad przemianą materyi u matołków. Podawanie przetworów tarczycy u kretynów zupełnie nie odnosi skutku. Dieterle na podstawie swych badań nad kostnieniem kości dochodzi do przekonania, że nagminne matołectwo jest osobną postacią chorobową, której nie można wcale zestawiać ze sporadycznym i wrodzonym obrzękiem śluzowatym (*thyreoaplasia*). Głuchoniemotę uważać zaś należy za część wrodzonego charłactwa tarczycowego. H. Bircher uważa zwyrodnienie matołkowate za przewlekłą chorobę zakaźną, której organiczny zarazek zależy od pewnych formacyi geologicznych i do ustroju dostaje się z wodą do picia. Dawno już utrzymywano, że woda do picia w pewnych okolicach wywołuje wole. Badanie chemiczne wody nie wyjaśnia jednak wcale, od czego to działanie zależy; jedni n. p. badacze znajdowali brak jodu, inni za dużo magnezyi i t. p., a inni doszli do przekonania, że wogóle żadna mineralna substancya nie może być przyczyną powstawania wola. Niemniej jednak liczne statystyki i sumienne badania dowodzą, że nagminne wole łączy się ściśle z pewnemi formacyami geologicznemi. Tak n. p. wole nie występuje nigdy na formacyi jurasowej, a za to bardzo często na formacyi trzeciorzędnej. Podobnie formacya kredowa wolną jest także od wola. Wogóle H. Bircher twierdzi, że wole występuje tylko na formacyach morskich, zwłaszcza ery palezoicznej, trzeciorzędnej i triasowej, wolne zaś od niego są formacye archaiczne, kredowe, jurasowe i słodkowodne. Badania te potwierdzają statystyki wszystkich prawie stron świata do tego stopnia, że występowanie nagminne wola można uważać nawet za pewny wskaźnik geologiczny. Endemie wola nie przenoszą się też nigdy z miejsca na miejsce, lecz są związane ściśle z daną okolicą. Nie wyłącza to wcale możebności zakaźnego pochodzenia matołectwa i wola, wiemy bowiem, że fauna i flora związana jest właśnie ściśle z formacyą geologiczną. Leczenie wola i matołectwa chybia celu; powinniśmy tym chorobom zapobiegać, a że to jest możebne dowodzi przykład gminy Aargau. W gminie tej postanowiono z powodu bardzo rozszerzonego matołectwa i wola, zaprowadzić wodociąg ze zdrowej jurasowej okolicy. Uczyniono to w r. 1884. W roku 1885 twierdzić można było w szkołach jeszcze 59% woli, w 1889 już 25%, a w 1907 zaledwo 2·5%. Wynik zatem świetny. Nawet te 2·5% odpada, bo dotyczy dzieci z obcej gminy i takich, które używały innej wody, a nie wodociągowej. Choć więc nie znamy dokładnie patogenezy zwyrodnienia matołkowatego, to jednak znamy sposób zapobiegania temuż, a jest nim woda ze zdrowych okolic, ewentualnie filtrowanie lub gotowanie złej wody. *K.*

Neurologia.

Doc. Alfred Fuchs. **Leczenie objawowe i pielęgnowanie przy wiądzie rdzenia.** (*Beihefte zur mediz. Klinik.* R. IV., Z. 5). Mało jest cierpień, w których przebiegu musi lekarz praktyczny walczyć z tak wielką liczbą najrozmaitszych powikłań, jak przy wiądzie rdzenia, dlatego też rozprawka Fuchsa, zajmująca się tą sprawą, zasługuje na uwagę. Mimo to, że związek wiądu rdzenia z kiłą nie ulega już wątpliwości, to jednak szablonowe stosowanie leczenia przeciwkiłowego w każdym przypadku wiądu nie jest wskazane. Leczenie przeciwkiłowe uważa F. za wskazane jedynie w tych przypadkach, w których objawy nie są jasne i mogą zależeć od samejże kiły, dalej gdy prócz wiądu są stanowcze objawy kiłowe, a w końcu zapobiegawczo. Przeciwwskazane jest leczenie przeciwkiłowe przy zaczynającym się zaniku nerwu wzrokowego, przy charłactwie i przy daleko posuniętym wiądzie (bo wtedy nic już nie pomoże). Ze środków wewnętrznych, (stosowanych w leczeniu wiądu) nie należy się po przetworach srebra, sporyszu, strychninie, przetworach arsenu, żelazie i t. p. spodziewać wielkiego skutku. Polecano swego czasu leczyć wiąd wyciągami z narządów, jak spermina, wyciągiem mózgu, rdzenia i zwojów nerwowych. F. nie zauważa po tem leczeniu wybitnego skutku. O wiele ważniejsze jest leczenie zewnętrzne i objawowe. W pierwszym rzędzie wspomina F. o leczeniu zawieszaniem (Moczutkowski-Charcot) i naciąganiem rdzenia i pni nerwowych (Hegar). Chociaż zabiegi te nie leczą wiądu, to jednak często osiągnąć przez nie można wybitną poprawę. Naciąganie robi się w ten sposób, że chory, siedząc na stole z wyciągniętemi nogami (które pomocnik przytrzymuje w okolicy kolan), zgina głowę i tułów ku nogom. Podnosząc nogi chorego do góry, naciąga się nerwy kulszowe. Dolną część

rdzenia naciąga się, przybliżając do klatki piersiowej chorego, leżącego na wznak, nogi jego, wyprostowane w kolanach. Do tych samych celów służą także różne przyrządy, jak Chipaulta, Jakoba i t. d., a wreszcie gorset Hessinga. Gorset ten w wielu przypadkach ułatwia chorym chodzenie, usuwa przełomy żołądkowe, bole i uczucie opasania, a nawet wpływa korzystnie na porażenie pęcherza i odbytu. Nosić należy go tylko we dnie. W razie objawów zajęcia szyjnej części rdzenia, dodać należy krawat szyjny: Zabiegi wodolecznicze przy wiądzie dają czasem dobre wyniki, unikać jednak należy wody zbyt zimnej lub zbyt gorącej (granica odpowiednia 18—24° C.). Z miejscowości kąpielowych poleca F. rozmaite, z których przytaczam Abbazyę, Grado, Niceę, naszą Rabkę i t. p. Pewne usługi może przy wiądzie oddać także elektryczność w postaci galwanizacyi kręgosłupa, kąpieli elektrycznych i t. p. Miesienie poleca Frumerie, Konindjy i inni. Przeciwko bolom przeszywającym prócz wspomnianych zabiegów stosuje się leczenie uciskiem (płyty ołowiane), opaski elektryczne, a wreszcie naciąganie nerwów. Zabludowski podał bardzo dogodny sposób systematycznego naciągania nerwu kulszowego: chory stoi przed drzwiami, oddalony od nich o tyle, by nogą wyciągniętą prostopadle mógł dostać do klamki. Codzień usiłuje chory podnosić nogę coraz wyżej, a osiągnięty wynik znaczy się kredą na drzwiach, aż w końcu dojdzie chory do tego, że stopą dotyka klamki. Przeciwko bolom przeszywającym stosuje się, z dobrym nieraz skutkiem, nadoponowe wstrzykiwania, a wreszcie nakłucie lędźwiowe i wstrzyknięcie kokainy (1 ctm.³ rozczynu 0.01%. Ze środków zewnętrznych polecano przy bolach: maść Credégo, antypirynę, rheumasan i w. i. Przypadłości żołądkowe prócz wspomnianych sposobów leczy się przepłukiwaniami żołądka wodą bilińską lub Vichy, przełomy krtaniowe wdychiwaniami chloroformu, eteru i t. p. Morfiny używać należy dopiero w ostateczności, bo chorzy szybko się do niej przyzwyczajają i stają się morfinistami. Zwłaszcza przy niedowładach krtani należy używać morfiny bardzo ostrożnie. Niedowład jelit i pęcherza leczyć można także miesieniem, zwłaszcza wibracyjnem. Cewnika używać należy dopiero w ostateczności ze względu na łatwe powstawanie nieżytów pęcherza. Przeciwko bezładowi polecono prócz wspomnianego wyżej ogólnego leczenia wiądu ćwiczenia gimnastyczne, pończochy na kolano i majtki na biodro, podeszwy gumowe i gimnastykę na specyalnych rowerach. »Mal perforant« wymaga przedewszystkiem spokoju i leżenia w łóżku. Cernezzi poleca naciąganie nerwu podeszwowego. Zmiany wiądowe stawów leczymy odpowiednimi przyrządami, niekiedy chirurgicznie (nakłucie, zastoina Biera i t. p.). Resekcya stawu jest ze względu na złe gojenie się kości przeciwwskazana. Przy objawach ocznych próbować można wstrzykiwań strychniny, galwanizowania i t. p. Chwianie się zębów pochodzi często od zaciskania szczęk we śnie, przeciwko czemu Karolyi podał odpowiedni przyrząd. Zresztą należy chorych należycie odżywiać, polecić unikanie nikotyny i wyskoku, uregulować życie płciowe i t. p.
Klęsk.

Medycyna publiczna.

Blau. **Udawanie i wywoływanie wad i chorób u popisowych w różnych armiach.** (*Allg. Militär. Ztg. Beilage zu Med. Klinik*, 1908, Nr 19). Udawanie wad i chorób u powołanych do wojska datuje się już od bardzo dawnych czasów, w miarę jednak postępu cywilizacyi i ono niejako się udoskonala. Sprawą udawania chorób zajmuje się w r. 1822 Baupré. Rozróżnia on 3 rodzaje chorób udawanych: 1) zależne od woli chorego, n. p. zaburzenia ruchu, psychiczne i t. p., 2) wywołane sztucznemi środkami bez zmian w tkankach, n. p. zabarwienie moczu, plucie krwią, 3) sztucznie wywołane choroby ze zmianami anatomicznemi w tkankach. Udawanie chorób zdarza się we wszystkich krajach, w pewnych jednak krajach występuje częściej i typowo, n. p. w Rosyi, w koloniach Francyi i t. p. W miarę oświaty ludu, staje się udawanie wprawdzie rzadsze, ale za to więcej wyrafinowane. Na zmniejszenie się częstości udawania wpływa także wiele udoskonalenie dyagnostyki. Przechodząc do części szczegółowej zwraca B. uwagę najpierw na udawanie ogólnego osłabienia, do czego służą wysiłki i wybryki wieczorem przed badaniem, forsowne ruchy, zmęczenie fizyczne, a wreszcie środki wymiotne. Niekiedy naodwrót w zamiarze udawania otyłości wywołują sobie popisowi sztucznie odmę podskórną zwykle z pomocą noża i zdziebełka słomy. Na skórze wywołują sobie popisowi mechanicznie lub chemicznie różne wrzody, wysypki lub wypryski. Do wywołania sztucznych wrzodów używane bywają różne żrące środki, nawet pasta arszenikowa i kwas karbolowy. Nieraz już przez to wywołano zgorzel nawet całej kończyny. Celem wywołania nieprzyjemnych wyziewów ze skóry nacierają się popisowi czosnkiem, cebulą, zgniłemi jajami, starymi serami i t. p., zwłaszcza nogi. Często spotykać można w ciele umyślnie wprowadzone ciała obce, a w następstwie ich nieraz rozległe ropienia. Umyślne zranienia są też częste. Pod paznokciami ukrywają popisowi nieraz różne środki, których później używają do uszkodzeń. W ostatnich czasach pojawiły się jako nowe całkiem niejako wynalazki guzy parafinowe, wywoływane przez odpowiednich specyalistów. Naśladują one czasem narośle kostne i dopiero promienie Röntgena wyjaśniają sprawę. Co do oka, to B. pomija znane ogólnie udawanie wad refrakcyi, a omawia inne rzadsze przypadki. W pierwszym rzędzie wspomnieć tu należy o zapuszczaniu różnych środków do worka spojówkowego celem rozszerzenia źrenicy (*belladonna, hyoscyamus*, woda laurowa, jaśmin) lub wywołania zapalenia spojówek (tytoń, mydło, wapno, pryszczawki, racze oczy i t. p.). Używane też bywają środki o ostrym zapachu celem wywołania łzotoku i zmacerowania powiek. Popisowi naśladują też często opadnięcie powiek, zez, ślepotę dzienną, nocną, ślepotę na barwy i t. p. Neudroth wspomina o pewnym popisowym z wykształceniem na półakademickiem, który studyował naprzód czaszkę, a potem przeciął sobie nerw okoruchowy. Rogówka ulega też często rozmyślnym zranieniom (przyżeganie chemiczne, tatuowanie i t. p.). W Rosyi stawiają się izraelici do wojska czasem po kilku z takiemi samemi uszkodzeniami. W nosie naśladuje się często polipy zapomocą wprowadzania ciał obcych, podobnie w uchu, gdzie nadto zapomocą środków żrących wywołują sobie popisowi ropotok. Francuzcy żołnierze naśladują w gardle złogi dyfterytyczne przez wdmuchiwanie proszku z pryszczawek. Pewien popisowy przez wprawę tak wciągał język w głąb, że w końcu nawet mu uwierzono, iż ma język odcięty. Zdarza się nawet, że popisowi przenoszą się w okolice, gdzie panuje wole, by go dostać. Krwioplucie często bywa naśladowane, nieraz po mistrzowsku, podobnie gorączka i zmiany tętna. Na kończynach spotyka się prócz okaleczeń nieraz najrozmaitsze, nieraz wprost artystycznie wykonane »choroby«, zwłaszcza w Rosyi, jak przykurczenia palców, zrosty palców, zesztywnienia stawów, zwichnięcia i t. p. Odpowiedni »operatorzy« po uwolnieniu popisowego od wojska, »naprawiają« potem te wady. *K.*

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

Przypadki przedstawione na posiedzeniu XIII, XIV, XV, i XVI.

Dr Schneider przedstawia 18-letniego chłopca ze **situs viscerum inversus.** Wypukiem, przysłuchem i roentgenogramem można stwierdzić **dextrokardię.** Prelegent omawia zapatrywania, tyczące się pochodzenia tej wady.

Dr Mehrer przedstawia 18-letnią dziewczynę z **chorobą Recklinghausena.** Na skórze całego ciała znajdują się liczne guzki od wielkości orzecha włoskiego, często uszypułowane, oraz liczne rozrzucone plamy barwikowe (pigmentacye). Badanie drobnowidowe guzków wykazuje utkanie nerwiaka włókienkowego. Chora ma pewne zaburzenia przyrody nerwowej, jak skłonność do śmiechu, płaczu, obniżoną inteligencyę i wymioty. M. omawia w końcu zapatrywania na przedstawioną chorobę.

Dr Sabatowski przedstawił dwa przypadki **infantilismus** i okazał odnośne roentgenogramy. Jeden chory ma l. 32 wygląda zaś na 10; drugi l. 21, wygląda na 15. Inteligencya upośledzona, pomniejszony gruczoł tarczykowy, brak zarostu, niedorozwój części płciowych. Kościec u obu wątły, brak skostnień między trzonami, a nasadami stawowemi. Ciekawe, że chorzy podają we wywiadach ciężkie schorzenia we wieku, któremu odpowiada ich rozwój cielesny.

W dyskusyi zabiera głos Dr Progulski, którego zdaniem przedstawione pszypadki należy zaliczyć do kretynizmu. Sądzi, że należałoby tu stosować thyreoidynę, na co zgadza się również Prof. Barącz, podnosząc pomyślne wyniki, otrzymane przez Anglików.

Dr Jaworski przedstawia: 1) chorego po wyjęciu żelaznego ciała z gałki ocznej, u którego w rok i 8 mies. po zranieniu oka odłamkiem żelaza wystąpiła **wybitna żelezica** (siderosis). Pomimo, że sprawa ta daleko postąpiła, oko uratowano w tym stopniu, że chory czyta drobny druk i widzi dość dobrze na odległość. 2) Nowy sposób operacyjny oderwania siatkówki. J. wychodzi z założenia, że przez wytworzenie blizny między

twardówką, naczyniówką, a siatkówką można oderwanie trwale uleczyć. W miejscu największego oderwania prowadzi więc cięcie $^1/_2$ ctm. długie przez spojówkę, twardówkę, naczyniówkę i siatkówkę, która zostaje przeciętą po odpłynięciu płynu surowiczego. Następnie cienkim katgutem zszywa rankę, prowadząc igłę przez twardówkę, naczyniówkę i siatkówkę. Na spojówkę zakłada zwykły szew jedwabny. W ten sposób postępując, miał w przypadku oderwania siatkówki przez siebie operowanym dobry wynik. Odnośnie do pierwszego przypadku podnosi Doc. Bednarski brak zmian w plamce żółtej, a nadto konieczność zbadania pola widzenia na barwy.

Prof. Machek zauważa, że operacyę przyszywania siatkówki znano już dawno. Zarzucono ją jednak z powodu wypadania ciała szklistego i bezcelowości, bo po pewnym czasie przychodzi zawsze do oderwania siatkówki w innem miejscu. Poleca leczenie konserwatywne.

Prof. Barącz przedstawia szereg fotografii z zakresu **choroby Recklinghausena.**

Dr Sołomowicz przedstawia przypadek 1) **Spondylose rhizomélique.** Chory, l. 48, obciążony dziedzicznie, uczuł po raz pierwszy przed 3 laty ból i sztywność w karku. Potem wystąpiły bole w stawach innych, a sztywność powoli obejmuje cały kręgosłup. Dziś zesztywnienie tak znaczne, że chory nie jest w stanie wykonać najmniejszego ruchu. Ruchy w stawach (żuchwy) są również upośledzone. 2) **Syringobulbii.** Mężcz., l. 24 dziedzicznie nieobciążony, przebył przed 2 laty grypę, podczas której wystąpiła chrypka stale się utrzymująca, nadto parestezye w prawej ręce. Badanie chorego wykazuje prócz znaków zwyrodnienia, jak asymetrya twarzy, przyrośnięte płatki uszne, **paralysis n. recurrentis dextri,** lekkie porażenie podniebienia miękkiego tejże strony, wybitny **nystagmus,** akomodacye i oddziaływanie na światło prawidłowe. Z odruchów: kolanowe i ścięgna Achillesa wzmożone. **Clonus pedis** po stronie prawej. Stanie przy rozsuniętych stopach wykazuje wahanie. Czucie nieznacznie zmienione w obrębie n. trójdzielnego i szyjnych. Prelegent zwraca uwagę na prawidłowość, z jaką postępuje znieczulenie w obrębie n. trójdzielnego i na łagodny przebieg choroby, która przeszło 2 lata utrzymuje się na jednym i tym samym stopniu rozwoju.

W dyskusyi zauważa Dr Świtalski, że niesłusznem jest zdanie Mariego, że w tych przypadkach stawy drobne, jak palców, nie są skostniałe, widział bowiem przypadki, gdzie występowały skostnienia. Zwraca uwagę na bolesność występującą przy rozstawieniu nóg u chorych z początkową spondilitis, objaw, który może mieć nawet znaczenie rozpoznawcze. Prof. Barącz radzi stosować kąpiele gorące. Prym. Pisek wspomina o fibrolysynie. Dr Sołomowicz odpowiada, że stosowane różne zabiegi, także kąpiele siarczane, ale bez skutku. Dr Litwinowicz, który zna chorego od 2 lat, podnosi typowy obraz całkowitego porażenia n. krtaniowego wstecznego prawego z zanikiem porażonego więzadła.

Dr Progulski przedstawia 2-letnie dziecko z **chorobą Hirschsprunga,** u którego od urodzenia utrzymuje się stałe zaparcie stolca i wiatrów. Obwód brzucha 61 ctm. Prof. Raczyński podkreśla rzadkość tej choroby, która polega na zastoju kału z powodu zbyt długiej esicy, przyczem, zdaje się, nie przychodzi odrazu do rozwinięcia się choroby, ale są tu pewne okresy przejściowe.

Prof. Barącz przedstawia przypadek twardzieli, obserwowany od kilkunastu lat z umiejscowieniem na nosie i górnej wardze. Stosuje elektrolizę z wcale dobrym wynikiem. W dyskusyi radzi Dr Rydygier jun. stosować promienie Roentgena.

Witold Nowicki.

Ustrój lekarski na Rusi Moskiewskiej do czasów Piotra.

(Ciąg dalszy).

Ciekawe są szczegóły o chorobach i sposobach leczenia W. Książąt, carów i ich rodzin. W r. 988, »Włodimir że bolasze oczyma i priszła k niemu carica, rekuszori: to aszcze choszczeszi boleźni sija izbyti, to krestisia«. Biskup Korsuński ochrzcił go i on przejrzał.—W końcu XI w. lekarz ormianin nieszczęśliwie leczył W. Ks. kijowskiego Włodzimierza Monomacha. W r. 1152 ks. Włodzimierz Halicki idąc z cerkwi poczuł, jakby go ktoś uderzył w ramię i nie mógł z miejsca się poruszyć; chwycono go pod ręce, zaniesiono do domu i położono w kopr; przypuszczano rozmaite choroby i przykładano różne leki; chory tejże nocy umarł. W r. 1154 Wiaczesław Władimirowicz, syn Jarosława, a w r. 1158 Jurij Władimirowicz, W. Ks. kijowscy, popiwszy się w hulance, pomarli. Ks. Iwan Rościsławowicz umarł w r. 1162 z otrucia, ks. Śniatosław Juriewicz, brat ks. Andreja, według słów latopisa »imyj na siebie złuju chorobu ot junosti daże do smierti 1174 r.« Z latopisu z r. 1287 znane są szczegóły choroby W. Ks. Włodzimierza Wasilkowicza, »od 3 lat chorego; wygniła mu dolna część warg, na czwartą zimę odpadło mięso z podbródka, zęby dolne wygniły wszystkie i szczęka dolna, a widoczną była krtań i nie mógł nic jeść«. »Zimą w r. 1367, ks. Michał Wasilewicz Kasziński kazał przenieść cerkiew N. Panny do miasta, a święte miejsce rozkopać i kości zmarłych w grobach rozrzucić; od tego zaniemógł książe i jego żona na nieznaną chorobę, Bóg go podniósł. a księżna zmarła«. W r. 1427 umarł w Moskwie ks. Wasilij Władimirowicz od »priszcza«; »każdy, u kogo priszcz siny, na 3 dzień umiera«. W r. 1441 zmarł ks. Dmitrij Juriewicz krasnyj. Latopisiec powiada, że było coś dziwnego w jego chorobie; w początkach ogłuchł i ciężko wiele dni chorował, nic do ust nie biorąc i nie śpiąc, a kiedy duchowny odprawił modły i podał mu komunię, z obydwóch nozdrzy rzuciła mu się krew, którą zatrzymał pop, zatykając nozdrza papierem. Krwotok ustał i książe zasnął; po kilku godzinach myślano że skonał, ubrano go w szaty, lecz w nocy zerwał się bezprzytomny i przeżył jeszcze dwa dni; włożono go do osmolonej kłody i na noszach poniesiono do Moskwy. Szczegóły o leczeniu carów są dokładniejsze tylko z XVII w. Latopis opisuje, że kiedy w r. 1643 zachorował car Michał Teodorowicz na różę, lekarze (Graman, Belan i Kromer) zalecili smarowanie spirytusem winnym z kamforą 3 razy dziennie, poczem »kameni bezuja«. Dla potu podano 12 ziaren pieprzu w wódce, aby zgęszczoną krew rozrzedzić i nie było zastoju: dla odciągnięcia gorączki od głowy i dla obrotu swobodnego krwi radzono puścić krew z żył i t. d. Następnego dnia puszczono carowi w łaźni krew w ilości $^3/_4$ funta, poczem podano świeże ryby: okunia, piskorza, szczupaka i raki; zalecano nie jeść rzodkwi i chrzanu, natomiast pić wino reńskie z cukrem, piwo i kwas, a wstrzymywać się od wódki i miodu. W r. 1645 doktorowie Belan i Graman leczyli tegoż cara Michała na »wodną puchlinę«, którą według słów latopisu »rozpoznano po wodzie« (moczu), »skutkiem czego żołądek, wątroba i śledziona pozbawione ciepłoty, stają się bezsilne, a krew wodnieje, wyzywa chłód, a od tego cynga (gnilec) i inne choroby powstają«. Zalecono choremu wino reńskie z różnemi ziołami i korzeniami, i środki przeczyszczające przy dyecie. Po miesiącu przepowiedziano, że jeśli choroba się przedłuży, to nogi będą puchnąć. Przepisano jeszcze środki przeczyszczające, napotne, wcierania »dla wzmocnienia wątroby, śledziony i obezwładnionego żołądka«, lecz pomimo tego car życie zakończył.

Car Aleksiej Michajłowicz był tęgiej tuszy i cierpiał na żołądek, a w r. 1665 chorował na »ogólne otłuszczenie«. Leczący go doktor Kollings w piśmie łacińskiem wyłożył mu jego chorobę i jej skutki: »dychawica, tęsknota, ból głowy, katar, udar, wodna puchlina i śpiączka«. Leczenie: odpowiednie warunki życia i środki zapobiegawcze.

Kiedy w r. 1676 car Teodor Aleksiejewicz zaniemógł na nogi, to doktor Jagon Kosterius orzekł, że choroba pochodzi nie od zewnętrznej przyczyny, lub uszkodzenia, »lecz od kompleksyi, a mianowicie cyngi« (gnilca), którą miał i ojciec nieboszczyka i »zalecono lekarstwa lekkie, które w zimnej porze właściwiej przyjmować, a na wiosnę inne, jak zioła, które w ziemi rosną i lepszą własność mają«. Pomimo starań wielu lekarzy cudzoziemców, którzy leczyli W. Księcia, zmarł on w 21 r. życia. Śmierć jego wywołała bunt strzelców, wołających, że cara struli lekarze, a mianowicie Daniel fon Naden; lekarz ten zagrożony niebezpieczeństwem, ukrył się, lecz następnie schwytany przez strzelców, pomimo próśb carycy Marty Matiejewny i córek, posądzony o czary, (bo znaleziono przy nim suszone węże), po okrutnych indagacyach został na Krasnym placu poćwiertowany; w wilię dnia tego podobny los spotkał aptekarza Gutmenscha.

Bojarin aptekarskiego prikazu miał obowiązek śledzić lekarzy i ich czynności; leki, przygotowywane dla »welikoho hosudara« surowo nadzorowano. Leki dla cara przechowywano w osobnej izbie pod pieczęciami i bez carskich dyaków nikt nie miał prawa do izby tej wchodzić. Lekarstwo gotowe wręczano tylko pewnym bojarom celem odniesienia carowi, a musieli oni najpierw sami lekarstwa probować. Jeżeli lek wywoływał nudności, to musiał go wypijać sam lekarz. Zwyczaj probowania lekarstw przed podaniem ich osobie z rodziny carskiej

utrzymywał się w ciągu całego historycznego okresu moskiewskiego. Dla kobiet z carskiej rodziny »nie otwierano teremów nawet podczas choroby samego cara«. Po raz pierwszy przestąpiła progi teremu carewna Sofia podczas choroby brata i pielęgnowała go. Świta dworska musiała nietylko próbować lekarstw, lecz także razem z carem krew sobie puszczać. Jeden z cudzoziemskich podróżników opowiada następujące charakterystyczne zdarzenie. Choremu W. Ks. Aleksiejowi Michajłowiczowi puszczono krew, a kiedy potem W. książę wezwał otaczających, aby poszli za jego przykładem, wszyscy chcąc nie chcąc musieli zastosować się do woli księcia, nietyle przez pochlebstwo, zwykle praktykowane na dworze, ile ze strachu, ażeby przeciw sobie nie wzbudzić gniewu carskiego. Jeden tylko z bojarów, Rodion StrisznieW, licząc na pokrewieństwo z carem, odmówił swej zgody, wymawiając się starością. Książę rozgniewał się, zawoławszy z ironią, że w żyłach jego płynie snać krew droższa, niż carska, przyczem rzucił się na bojara, bijąc go ręką, z której nie puszczano krwi i kopiąc go nogami.

Car miewał w podróżach lub pochodach wojennych przy swym boku personal lekarski, składający się z doktora, lekarza, kostoprawa, uczniów lekarskich i t. d. Przy wyjazdach zabierano osobną apteczkę, zwaną »małą«. Kiedy sami carowie już korzystali z usług medycyny i lekarzy, to żony ich i córki długo i uporczywie unikały wszelkiego zetknięcia z racyonalną medycyną skutkiem wielkiej religijności. Modlitwy i jałmużna były dla kobiet głównym środkiem w chorobach. W ciężkich połogach i chorobach dzieci udawano się o pomoc do św. Onufrego, lub św. Mikity, przedsiębrano podróże do odległych klasztorów i t. d.; szczególnie gorliwie modlono się o zastąpienie. Do modlitw dołączano różne praktyki znachorskie. Przytem caryca posiadała dwie, a carówne po jednej t. z. babce. Były to znachorki, dawne babki położne, praktykujące we dworze. Z czasem otworzyły się »teremy« z płcią nadobną dla lekarzy cudzoziemskich. Ci z nich cieszyli się szczególniejszem zaufaniem, którzy trzymali się tradycyjnych moskiewskich środków leczenia, jakimi było naprz. puszczanie krwi. Często zajmowały się tem i kobiety, t. zw. »rudometnice«; w ważniejszych jednak przypadkach zwracano się do niemieckich doktorów. Lekarze, udzielający pomocy kobietom z carskiej rodziny, byli zwykle krępowani wschodnią etykietą, w początkach nawet leczyli za pośrednictwem osób trzecich; później przyjmowano lekarza w sypialni z zasłonionemi oknami, ażeby wstyd niewieści nie ucierpiał; dla zbadania tętna podawała dostojna chora rękę, obwiniętą w materyę, ażeby jej badający swem dotknięciem »nieoskwiernił«, (nie »pokalał«). W drugiej połowie XVII w. dopuszczono lekarzy cudzoziemców do komnat kobiecych. Z usług pierwszych lekarzy mogła oprócz cara korzystać tylko jego rodzina. Jeżeli ktoś z wyżej stojących w hierarchii społecznej chciał się zwrócić do lekarza nadwornego lub żądał leków z carskiej apteki, to musiał za każdym razem podawać do cara prośbę »czołobitną«. Lekarze, sprzeniewierzający się temu, podlegali karze. Przyczyną tego zakazu była w części obawa, ażeby lekarze nie przynieśli do dworca carskiego chorób zakaźnych, lecz więcej jeszcze chęć pozbawienia lekarzy wpływów politycznych na moskiewskie bojarstwo, na co wskazuje rota przysięgi lekarzy nadwornych, przetrwała aż do Teodora Aleksiejewicza Z latami zaczynają lekarze coraz bardziej korzystać z prawa praktyki prywatnej.

Od połowy XVII w., kiedy bojarowie zaczęli się zwracać do lekarzy nadwornych, wychodzą z użycia poprzednio praktykowane środki, wódka i czosnek. Do późniejszej przysięgi lekarskiej włączone zostają słowa, że lekarz z rozkazu cara obowiązany jest leczyć tych, których mu wskażą, a za carów Iwana i Piotra Aleksiejewiczów zobowiązani zostają lekarze spieszyć z pomocą na wezwanie tak bogatych, jak i ubogich. W połowie XVII w. medycyna nadworna oddziela się od ogólnej, bo oprócz carskiej utworzono drugą nową aptekę z wolną sprzedażą lekarstw, zorganizowano pierwszą szkołę lekarską i ustanowiono posady lekarzy wojskowych, wolno praktykujących, kostoprawów, alchemików, »majstrów gardłowych« i t. p.; popyt jednak na nich był bardzo ograniczony. Lekarzy zagranicznych zastępują powoli miejscowi specyaliści niższego rzędu. Zjawia się przytem mnóstwo lekarzy domorosłych-samouków, którzy otrzymują prawo zajmowania się lecznictwem, a kary za złe leczenie zostają w końcu XVII w. znacznie złagodzone. (C. d. n.)

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

W sprawie epidemii płonicy. W Nrze 36 »Tygodnika lekarskiego« czytamy artykuł Prof. Raczyńskiego w sprawie bardzo dla Galicyi żywotnej, bo w sprawie obecnej epidemii płonicy. Autor zastanowił się nad dwoma zagadnieniami, 1) co staje się przyczyną wybuchu epidemii płonicy, i 2) jak chronić się przed zachorzeniem? Na pierwsze pytanie odpowiada bardzo słusznie, że przed epidemią płonicy może uchronić tylko odpowiedni szpital dla pomieszczenia chorych płoniczych, gdyż rozsadnikiem choroby staje się zawsze nietyle sam chory, ile jego otoczenie, które nie da się przy użyciu dzisiaj stosowanych półśrodków odosobnić. Ani Lwów, ani Kraków, ani żaden z prowincyonalnych szpitali nie posiada wcale żadnych właściwych epidemicznych szpitali, odpowiednio urządzonych, nie ma też nigdzie przysposobienia w szpitalach dla pomieszczenia matek z choremi dziećmi; nic dziwnego, że wobec płonicy każdy lekarz urzędowy musi być bezradnym, gdyż nie może wystąpić stanowczo wobec strony i nie może jej zmusić, ani nakłonić przy pomocy pewnych obostrzeń do umieszczenia dziecka płoniczego w szpitalu. Jak długo kraj i miasta nie wybudują wogóle odpowiednich i po europejsku urządzonych szpitali, tak długo ustawicznie stać musimy pod grozą przeróżnych epidemii, na razie płonicy, niebawem może cholery.

Odpowiedzi na drugie pytanie nie może udzielić Prof. Raczyński na podstawie własnego doświadczenia, zaleca jednak za radą Younga (Lancet 1908, Nr 13) podawać do spożywania tabletki formanintowe:

1) Wszystkim osobnikom, pozostającym w jakiemkolwiek zetknięciu z chorymi na płonicę;

2) jak największej ilości dzieci zdrowych, zwłaszcza w dzielnicach miasta z większą ilością dzieci chorych lub przynajmniej w poszczególnych domach, w których już pojawiły się przypadki płonicy.

Jakkolwiek sposobu tego nie możemy uważać za środek radykalny zapobiegania szerzeniu się płonicy, to przecież powinny odpowiednie władze wymusić w właściwy sposób na otoczeniu chorych przynajmniej takie postępowanie zapobiegawcze.
R.

Kijowskie Towarzystwo ratunkowe. Urządzenie kijowskiego Towarzystwa ratunkowego różni się pod wielu względami od naszych. Służbę pełnią tam tylko lekarze (31 godzin tygodniowo), zmieniając się kolejno po dwóch w dzień. W nocy pełni służbę jeden lekarz zmieniający się, a ponadto mieszka stale w pogotowiu administrator, który w razie potrzeby jest zawsze do dyspozycyi. Lekarzy ogółem jest 9, t. j. 8 dyżurujących i dziewiąty administrator. Wynagrodzenie dla lekarzy wynosi 50 rubli miesięcznie, administrator pobiera zaś 800 rubli rocznie i mieszkanie. Prócz lekarzy pełnią kolejno służbę także sanitaryusze, rekrutujący się z wysłużonych felczerów zwykle wojskowych; jest ich 8. Młodsi dostają pensyi 14 rubli miesięcznie, utrzymanie i mundur, starsi 18—20 rubli. Do każdego roku służby dostają podwyżkę pensyi rubla na miesiąc. Sanitaryuszami kieruje starszy, pobierający 30 rubli miesięcznie, prócz utrzymania i munduru. Lokal Towarzystwa wprawdzie obszerny, ale co do urządzenia i porządku pozostawia trochę do życzenia. Lekarze mają kancelaryę, czytelnię, pokoje sypialne i t. p., dalej poczekalnia dla chorych, łazienka, sala operacyjna, szatnia i t. p.

Towarzystwo nosi tytuł: Tow. doraźnej pomocy lekarskiej. Utrzymuje się ze składek, a miasto daje subwencyi 5000 rubli rocznie. Finanse wogóle, podobnie jak i w innych miastach liche, zwłaszcza że Towarzystwo samo opłaca lokal, stajnie, utrzymuje konie, sanitaryuszy i t. p. Za przewożenie pobiera się najmniej 10 rubli w mieście, z przedmieścia 15 z dalszych stron podług umowy. Zakaźnych chorych nie przewozi się, jest do tego miejska karetka zupełnie osobno. Chorych przewożą sanitaryusze bez lekarzy. Towarzystwo rozporządza 4 wozami na gumach (z Wiednia) i ma 9 koni własnych. Para koni stoi zawsze (aż do 12 w nocy) gotowa, zaprzężona przy wozie, zmieniając się co 2 godziny. Średnio udziela się pomocy w 15 przypadkach dziennie. Lekarze wyjeżdżają w czapkach mundurowych, co jest koniecznem ze względu na przeciskanie się w tłumie. Każdy lekarz przed zamianowaniem musi wyjechać 50 razy (z drugim kolegą) bezpłatnie. Prócz tego od r. 1902 funkcyonuje na Dnieprze »Kijowski oddział Towarzystwa ratunkowego dla tonących«,

rozporządzający 7 stacyami i utrzymujący prócz tego bezpłatne łazienki. Służbę pełni sam ataman i 15 majtków, odpowiednio wyszkolonych w 2 szalupach, 4 wiosłowych i 11 dwuwiosłowych. Oddział ten ratuje rocznie średnio 170 osób, i mimo swej pożyteczności ma również finanse bardzo nędzne i co chwila uciekać się musi do dobroczynności publicznej, urządzać loterye fantowe i t. p.

W kijowskiem Towarzystwie ratunkowem istnieje też rzecz godna zanotowania i ważna zwłaszcza dla nauki medycyny sądowej, a jest nią bardzo bogate muzeum narzędzi zbrodni i samobójstw, listów samobójców i innych tem podobnych przedmiotów. Przedmioty te zbierają lekarze przy każdej sposobności.

Dr Adolf Klęsk.

Z administracyi znaczków receptowych.

Sprzedano znaczków:	4 h	1 h
Od roku 1904 do końca lipca 1908 . .	405,751	196,176
W sierpniu 1908	1,550	3,000
Razem .	407,301	199,176

Dr Żydlowicz, administrator.

Z ruchu ludności w Krakowie. Od 30. VIII. do 5. IX. 1908 urodziło się dzieci żywo 54, nieżywo 2; zmarło osób 44 (w tem obcych 19), z nich z gruźlicy 6 (3), zapalenia płuc 3 (2), błonicy 3 (1), płonicy 2 (1), cholery niemowląt 2. *S.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 30. VIII. do 5. IX. 1908 zgłoszono przypadków: błonicy 6 (w tem obcych 2), krztuśca 5, płonicy 8 (1), odry 4, czerwonki 5, cholery dzieci 2, cholery swojskiej — (1). *Dr Sch.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 26. VII. do 1. VIII. 1908 zgłoszono przypadków: błonicy 3 † 1 (w tem obcych 1 † 1), płonicy 25 † 10, odry 1 † 1, duru brzusznego 3. — Od 2. do 8. VIII. 1908: błonicy 8 † 1 (1), płonicy 42 † 5 (6 † 1), duru brzusznego 2 † 1 (1 † 1). — Od 9. do 15. VIII. 1908: błonicy 8 † 1 (2), płonicy 43 † 8 (3 † 1), odry 2, duru osutkowego 1, duru brzuszndgo 6 † 1. — Od 16. do 22. VIII. 1908: kokluszu 3, płonicy 60 † 14 (5 † 1), duru brzusznego 7 (1), nagminnego zapalenia opon 1. — Od 23. do 29. VIII. 1908: błonicy 7 † 2 (— † 1), kokluszu 1, płonicy 113 † 9 (5 † 2), duru brzusznego 6 (3), czerwonki 1. — Od 30. VIII. do 5. IX. 1008: błonicy 13 † 2, płonicy 86 † 16 (4 † 2), odry 5, duru brzusznego 6 (2), czerwonki 1. *Dr Legeżyński.*

Wiadomości bieżące.

Kraków. Redakcya »Przeglądu lekarskiego« otrzymała zaproszenie do wzięcia czynnego udziału w III. Zjeździe międzynarodowym dla pielęgnowania chorych umysłowych, który się odbędzie we Wiedniu w dniach 7—11. października b. r.

Warszawa. W sierpniu 1909 ma być otwarta w Częstochowie wystawa przemysłu i rolnictwa gub. piotrkowskiej. Programem objęty jest także dział higieny.

Z różnych stron. W Kijowie u 17 osób stwierdzono cholerę, zmarło z cholery 10 osób. Rada miasta Kijowa uchwaliła kredyt 50,000 rubli na tłumienie tej epidemii.

— W jesieni 1909 ma być otwarty Uniwersytet w Saratowie; na początek otwarty będzie jedynie wydział lekarski.

— Walne zebranie wolnego Związku niemieckiej prasy lekarskiej zastanawiać się będzie w dniu 27. b. m. na Zjeździe w Kolonii, kiedy i pod jakimi warunkami wolno za zapłatą badać lekarzom działanie nowych leków, a zwłaszcza, o ile dopuszczalne jest pobieranie zapłaty za śledzenie działania danego środka w szpitalach na materyale chorych, naturalnie o ile chodzi w takim wypadku nie wyłącznie o leczenie chorych, tylko o popieranie reklamy fabrykantów.

— Rosyjskie ministerstwo oświaty rozesłało do wszystkich uniwersytetów okólnik, w którym poleca, aby ze względu na to, że na uniwersytetach nie ma być wolnych słuchaczek, przestrzegano, by do sal wykładowych i na kurytarze nie wpuszczano kobiet.

Mianowani: Kleinhans profesorem położnictwa i ginekologii w Pradze na uniwersytecie niemieckim; Feer profesorem chorób dzieci i Bettmann profesorem chorób skórnych w Heidelbergu.

Zmarli: Becquerel wybitny fizyk w Paryżu, wynalazca promieni uranowych, który wraz z pp. Curie otrzymał nagrodę Nobla w r. 1903.

Dr Zygmunt Zapolya-Zapolski w Winnicy (Podole); Dr Józef Ordyłowski w Dąbrowie (gub. łomżyńska).

Redaktor odpowiedzialny:
Doc. dr Stanisław Dobrowolski.